

# Newsletter Área de Apoio Social

N.º 5  
Julho 2012

MARIA AUGUSTA  
LOPES

Coordenadora  
Área de Apoio Social  
CHLC, EPE

## FICHA TÉCNICA

Área de Apoio Social  
CHLC, EPE

RESPONSÁVEL PELA  
EDIÇÃO

Ana Ribeiro

## Convidados

### Nesta Edição :

Ana Campos Rei (Enf.ª)

Directora de Unidade -  
DIAIBE SCML

Alcina Monteiro

Paula Gaio

Susana Catarino

Participação Nesta  
Edição :

Ana Ribeiro

Carla Martins

Fátima Xarepe

Isabel F. Costa

Marta Trindade

Paula Vicente

Sílvia Catarino

Tânia Gamanho

## Editorial

## Área de Apoio Social

Chegamos ao fim do 2.º ano com a publicação da *Newsletter* da Área de Apoio Social. Tivemos oportunidade de divulgar, interna e externamente ao CHLC, iniciativas desta Área, registar dados que nos pareceram importantes e publicar artigos de outros colaboradores/parceiros que são parte integrante da nossa actividade.

### **No final deste ano parece-nos importante:**

**Agradecer às Ligas do CHLC** que, desde a primeira hora, sempre nos apoiaram, quer em relação aos utentes quer ainda em relação a funcionários. Estamos a falar, principalmente, da Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta mas também da Liga dos Amigos do Hospital de Dona Estefânia que têm mantido uma colaboração regular e sempre se mostraram disponíveis, dentro das suas possibilidades. Não quero também deixar de falar da Liga dos Amigos do Hospital de Santo António dos Capuchos e da Liga dos Amigos do Hospital de São José que, embora com menos expressão, sempre que solicitadas também nos responderam de forma positiva.

Deixar um apelo para que **esta colaboração, cada vez mais necessária em tempos de crise, se fortifique para responder às solicitações mais complexas que vão surgindo.**

Registar, com muito entusiasmo, o nascimento de mais uma Associação “Crescer Bem” para apoiar as crianças do CHLC e que, finalmente, entrou em pleno funcionamento.

Sublinharmos que, pela **1.ª vez esta Área é auditada**, pois **contempla uma Norma específica para o Serviço Social - Norma 63**. Quando este grupo começou o seu percurso todos pudemos testemunhar que tiveram um trabalho árduo, mas que considero com sucesso pois contribuiu de forma decisiva para implementar de forma consistente as inovações e as melhorias contínuas, é um processo que ajuda a AVALIAR E ADEQUAR as condutas profissionais e PADRONIZA os comportamentos.

Lembrar e agradecer o apoio que a **Casa Ronald McDonald** tem dado às nossas famílias e a excelente articulação que tivemos desde a primeira hora.

Deixar, ainda, o nosso agradecimento à **Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**, nomeadamente à Equipa de Idosos, pela excelente colaboração que temos tido.

Continuação de bom trabalho e Até Breve!

Maria Augusta Lopes (Coordenadora da Área de Apoio Social CHLC)

**“Não se é derrotado quando se perde,  
É-se derrotado quando se desiste...”**

Autor desconhecido



*"Gosto de ir a todo o lado. Gostei de ir ao Teatro, às vezes também vamos à missa e gosto (...) Gostava de aprender a ler e escrever mas já não tenho cabeça. Tenho 84 anos, os meus pais quando era pequena mandavam-me para o campo trabalhar, não estudei. (...) Quando há Actividades (exterior) tento ir a todo o lado. O dia-a-dia é passado com base no respeito, isto não é nenhuma prisão".*

**(P. 85 anos – DIAIBE, 2011)**

*"Eu estou contente por estar onde estou, não tenho razão de queixas de ninguém, encontrei uma família, mas é claro que eu gostava de ter apoio da família de sangue".*

**(R. 65 anos - DIAIBE in Memória Auto-Biográfica, 2011)**

*"Gostava de ler mas vejo pouco. Desenhava bem mas também não consigo (...). Muitas vezes é a contar anedotas que passo o tempo, porque gosto de fazer rir e assim também me divirto. Gosto de ver as pessoas sorrir".*

**(S. 72 anos – DIAIBE, 2012)**

## Envelhecimento e Sida Histórias de Superação

Histórias reais, histórias de superação no envelhecimento com VIH/Sida, exemplos reveladores de resiliência, construtividade e criatividade no combate à solidão, à discriminação familiar e social.

A SCML foi pioneira no apoio às pessoas infectadas pelo VIH/SIDA ao criar, em 1989, um projecto específico de abordagem a esta problemática: o Projecto Solidariedade. Actualmente, este apoio encontra-se enquadrado na **Direcção de Apoio à Inserção e Bem - Estar (DIAIBE)**, que tem como finalidade a promoção da qualidade de vida e a integração na comunidade dos doentes, portadores do vírus da SIDA e indivíduos afectados pela doença, que se encontrem em situação social, familiar, económica precária e de grande isolamento que residam na Cidade de Lisboa. (André, R. 2011)



A maior procura por parte dos idosos tem sido a nível do apoio domiciliário, por razões de isolamento familiar e dependência nas necessidades humanas básicas (higiene, alimentação e segurança). De facto, a infecção pelo VIH/SIDA potencia a situação de pobreza e isolamento que afecta muitas das pessoas idosas, com reflexo a nível da gestão psicossocial da doença e no tamanho da rede de suporte social disponível (André, R. 2011).

Ao nível do apoio residencial foi inaugurada a Residência Madre Teresa de Calcutá em 1998, que fica situada na Freguesia de Santa Maria de Belém, em Lisboa. É uma resposta social da DIAIBE, destinada ao acolhimento de pessoas infectadas e/ou doentes de VIH/SIDA, que se encontrem em situação de ruptura familiar e desfavorecimento socioeconómico. Como princípios orientadores, deve haver a solidariedade entre os residentes e entre o pessoal e os residentes, em ordem à criação de um ambiente familiar, deve-se



promover a partilha e a entreaajuda na resolução de problemas, fomentar a celebração de momentos festivos ou situações de dor e luto, com respeito pela sensibilidade e opções individuais dos residentes, deve proporcionar a cooperação entre utentes e pessoal nas fases mais difíceis e de agravamento da doença.

Outro princípio orientador importante, é o respeito incondicional pelas opções dos utentes, desde que estas sejam compatíveis com o funcionamento da residência e não ponham em causa os direitos dos outros utentes.



Tem capacidade para receber 24 pessoas em fase de SIDA que se encontrem em parcial ou total dependência para satisfazer as necessidades humanas básicas, podendo estas permanecer na RMTC o tempo que for necessário.

O idoso com VIH/SIDA deve ser tratado como *"alguém que possui desejos e planos de vida"* (Figueiredo e Provinciali, 2007) ou como afirmou a Sr.ª Enfermeira Ana Campos Reis, na Festa de Natal da DIAIBE, destacando 2012 como o ano do Envelhecimento Activo: ***"as pessoas só envelhecem quando no dia em que acordarem, não tiverem projectos de vida"***.

A infecção pelo VIH/SIDA é, actualmente, uma patologia cada vez mais frequente em idosos. Um acompanhamento multidisciplinar individualizado e adequado constitui uma "arma" segura e benéfica nestes indivíduos, permitindo assim melhorar a qualidade e esperança de vida.

*Susana Catarino - Psicóloga da DIAIBE  
Alcina Monteiro - Enfermeira da DIAIBE  
Paulo Gaio - Aluno Serviço Social - Universidade Lusófona - Estagiário na DIAIBE*

## ESTIGMA EM SAÚDE MENTAL



Nos dias que correm as doenças mentais são as que estão no topo das doenças estigmatizadas, tornando-se importante, por isso, reflectir um pouco os conceitos de **saúde mental e estigma**, principalmente quando nos referimos a crianças e jovens.

A palavra **estigma** é definida como sendo de origem grega que significa marcar, pontuar. É visto como mais do que um rótulo uma vez que relaciona um atributo com um estereótipo negativo. Desde sempre que o **estigma** relaciona um conhecimento insuficiente ou inadequado de algo, levando muitas vezes a preconceitos, discriminação e distanciamento social da pessoa estigmatizada, tendo muitas vezes como base as questões culturais.

Por outro lado, o **estigma** é um categorizador dos indivíduos segundo conceitos de normalidade e aceitação padrão, surgindo nas relações entre os indivíduos assumindo uma forma de afirmação da identidade social.

Ao falarmos de **estigma em saúde mental infantil**, reportamo-nos a questões mais delicadas uma vez que uma criança estigmatizada pode ser desvalorizada do ponto de vista social ou até mesmo poderá ser rejeitada dentro e fora da própria família, com um consequente distanciamento tanto da criança como da família. Nestas circunstâncias, a família pode culpabilizar-se, a criança pode tornar-se vulnerável, levando em muitos casos as famílias a adoptarem tratamentos severos com medidas muito restritivas.

Por outro lado o **estigma** nas crianças está directamente ligado com a forma como os

cuidadores lidam com as dificuldades e com a consequente procura de ajuda.

Não só a sociedade funciona como agente estigmatizante dos indivíduos, mas também os próprios técnicos de saúde mental o poderão ser ao adoptarem atitudes diferentes do comportamento suposto. No caso de uma criança em que os pais têm doença mental diagnosticada existe uma desvalorização das queixas apresentadas, havendo por isso uma baixa expectativa em relação ao tratamento.

Deste modo, de que forma se pode intervir para reduzir o estigma em saúde mental? Através do acesso aberto à informação, avaliação das situações de uma forma continuada, prudência nos diagnósticos, proactividade na oferta de serviços ter mais do que uma pessoa de referência nos serviços de saúde mental, facilidade de contacto informal em situações graves, promoção da saúde Mental com grupos para pessoas sem doença mental, sensibilização através de reuniões e entrevistas.

As **DOENÇAS MENTAIS**, estando no topo das doenças estigmatizadas, muitas vezes são vistas como perigosas, que revelam alguma pobreza, falta de carácter, imprevisibilidade, incompetência e até mesmo atraso mental.

Paula Vicente, Carla Martins e Sílvia Catarino  
(Assistentes Sociais nas Clínicas  
de Pedopsiquiatria CHLC)

O ESTIGMA é visto como uma fonte de desaprovação de características ou crenças pessoais que vão contra normas sociais e culturais que muitas vezes leva à marginalização.

### Bibliografia:

Goffman, E., *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, LTC, 4ª ed, 1988, RJ;

Sartorius, N., *Stigmatized Illnesses and Healthcare*, Croat Med J. 2007; 48:396-7;

Sartorius, N. Et al., *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*, World Psychiatry, 2010; 9:131-144;

*The psychiatrist's image in commercially available American movies*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>



## INTERVENÇÃO SOCIAL NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA

O Serviço Social inicia a sua intervenção em 1980 e é neste extenso campo de prestação de cuidados à mulher e à criança que intervém e colabora integrado nas várias equipas multidisciplinares. É neste espaço social que actua ao nível das diferentes dimensões:

sexualidade; parentalidade; gravidez; maternidade; conjugabilidade; contracepção; procriação medicamente assistida.

São nestas dimensões que se integram os três grandes serviços que constituem a MAC: obstetrícia; pediatria e ginecologia.

O Serviço Social da MAC tem como preocupação na sua intervenção a promoção da equidade de género; a igualdade de oportunidades; os direitos das mulheres; os direitos das crianças; as escolhas e a responsabilização parental com vista à construção da coesão social.

### Curiosidade:

**MAC:** primeiro hospital português com unidade de cuidados intensivos a recém-nascidos; ciclo de estudos especiais em neonatologia e com um desempenho de excelência na evolução da saúde materno-infantil em Portugal.

Segundo o Relatório das Nações Unidas (2010) centenas de milhares de mulheres, bem como raparigas, morrem todos os anos durante a gravidez, ou por parto e, entre 10 e 15 milhões de outras, sofrem consequências a longo prazo.....

Sabemos também, que são os **grupos sociais mais vulneráveis** que são atingidos pelas maiores taxas de morte materna e perinatal. Causas evitáveis que estão, sobretudo, relacionadas: com idade jovens das mulheres grávidas; espaçamento reduzido entre as gravidezes; falta de acesso aos cuidados de Saúde e contracepção, número elevado de filhos, abortos inseguros e VIH/Sida.

**Portugal** tem assistido, nas últimas décadas, à diminuição da mortalidade infantil sendo este um indicador de progresso das nações.

A taxa de mortalidade infantil desceu consideravelmente de 77,5 em 1960 para 2,45 por 1000 em 2010, o melhor resultado de todos os países da União Europeia. A mudança geral do nível de vida; a criação do SNS em 1979 e a rede de Centros de Saúde em 1983 permitiram um acesso universal de toda a população aos cuidados de saúde. A valorização da Saúde materna e do planeamento familiar, entre outros, terão sido os fundamentos principais para uma melhor assistência na saúde materno infantil. É um trabalho que exige continuidade nas políticas de Saúde e a intervenção multidisciplinar de todos os profissionais. É, neste contexto, que o Serviço Social assume um papel preponderante.

Na **MAC**, a **intervenção social** inicia-se a partir das diferentes consultas: gravidez adolescente, patologia aditiva, gravidez indesejada, gravidez gemelar, metabólicas e diabetes, planeamento familiar, patologia mamária, apoio à infertilidade...e prolonga-se, quando necessário, para além do internamento. Apoiar e acompanhar a mulher grávida do ponto de vista social implica compreender este período (gravidez) de interacção maturativa e de crescimento essencial da mulher; onde existem variações individuais de acordo com a sua estrutura de personalidade, com o grau pessoal de ajustamento e integração, com a constelação familiar e o seu enquadramento social. Apoiar socialmente a mulher na gravidez requer o reconhecimento de que este

momento crucial do seu ciclo de vida poderá ser vivenciado pela própria como um período de crise que, associado a vivências sociais desfavoráveis, como a adolescência, doença mental, VIH/Sida, violência doméstica, fraco suporte social, poderá fragilizar e diminuir o seu projecto de maternidade, pondo em risco a futura criança. Por este motivo, a intervenção social assume um papel preponderante no apoio à mulher e à criança.

**A intervenção social na MAC realiza-se ao longo do ciclo de vida da mulher: é intensiva e breve; centrada no risco; multidisciplinar; especializada; planeada; precoce e de carácter preventivo; enquadrada juridicamente, e tendo sempre presente, na relação com a utente, a aliança terapêutica.**

### Actividade do Serviço Social da MAC ano 2011 - 29030 actos sociais

- \* 7865 entrevistas psicossociais, (1568 entrevistas de primeira vez)
- \* 90 visitas domiciliárias

Indicadores de Risco Social:	N.º	%
Mães migrantes	148	31,9
Mães adolescentes	107	23,1
Gravidezes não vigiadas	56	12,1
Mães com VIH	53	11,4
Mães toxicodependentes	37	8,0
Mães com factores de doença mental, violência doméstica, carência social	58	12,5
Mães diabéticas	4	0,9
Gravidez gemelar	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>

Destino Pós Alta	N.º	%
Com a família	301	64,9
Medida de promoção e protecção para acolhimento institucional	13	2,8
Crianças que não nasceram	53	11,4
Institucionalizada com a mãe	11	2,4
Outros*	86	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>

Fátima Xarepe, Isabel Freitas e Costa,  
Marta Trindade, Tânia Gamanho  
(Assistentes Sociais da MAC)





Os Estados Membros da OMS criaram o **Dia Mundial sem Tabaco** em 1987 para atrair a atenção do mundo sobre a epidemia do tabagismo, e sobre as doenças e mortes evitáveis a ele relacionadas.

No dia 31.05.2012 a Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta em colaboração com a Área de Apoio Social HSM, organizou um Workshop, alusivo ao tema TABAGISMO com a participação de vários profissionais deste Hospital.

#### QUANDO FUMAR FAZIA BEM À SAÚDE... EFEITOS DA PUBLICIDADE...

A publicidade voltada para o tabaco evoluiu no intervalo da final do século XIX para a segunda metade do século XX. Muitas figuras foram usadas de forma sistemática para efeitos de publicidade de tabaco.



## DIA MUNDIAL SEM TABACO...

### BREVE HISTÓRIA

O **tabaco** era utilizado no continente americano antes da chegada dos portugueses e espanhóis. Esta planta intervinha nas cerimónias religiosas, rituais de passagem e era usada de forma quotidiana em toda a América.

Os Descobrimentos estão na origem do primeiro contacto dos europeus com esta planta. A partir de então, rapidamente o seu uso se estendeu a toda a Europa, devido ao grande valor terapêutico que lhe era atribuído. Ingleses e espanhóis invadiram o mundo com esta substância desconhecida, o que provocou uma forte repressão por muitas autoridades (Rússia e Turquia).

A partir do século XVIII as proibições cessam e o uso do tabaco cresce de forma gradual. Ao longo do século XX, o cigarro passou a ser aceite socialmente com a revolução industrial, que facilitou a produção manufacturada em larga escala e enraizou este hábito.

### A ACTUALIDADE

Séculos se passaram e é como se os índios, após tanto desrespeito pelas suas crenças, a dizimação das suas famílias e a expropriação das suas terras, tivessem exportado uma bomba de efeito retardado, sob a forma de uma planta, que **hoje** é responsável pela **morte de 5 milhões de pessoas no mundo por ano**.

Em Portugal a **Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto**, limita a prática do fumo de tabaco na maioria dos locais públicos fechados, aprovando normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

### O FUTURO

A OMS estima que serão dez milhões de mortes por ano, a partir do ano 2020, caso se mantenham as atuais tendências tabágicas.

## A SAÚDE TAMBÉM FUMA... Avaliação do fumar no HSM

### Amostra

63 profissionais fumadores do HSM  
67% Sexo Feminino  
32% Entre os 30 e os 39 anos  
30% São Assistentes Operacionais

51% Pensa parar de fumar  
41% Pensa seriamente em parar de fumar no próximo ano  
46% Considera de DEVE parar de fumar (obrigação e responsabilidade)  
90% Acha importante a pressão de família e amigos para deixar de fumar  
100% Considera que a SAÚDE beneficiará se deixar de fumar  
40% Está mais de 1 hora sem fumar depois de acordar  
48% Fuma menos de 10 cigarros por dia  
59% Espera encontrar MUITO apoio de amigos e família se tentar deixar de fumar  
93% Sabe que existe uma consulta no CHLC de Apoio ao Fumador  
90% Sabe que a Consulta é no HSM

60% Não tentou parar de fumar nos últimos 12 meses  
37% Sente cansaço num curto espaço de tempo  
100% Fuma cigarro  
37% Nunca tentou deixar de fumar  
59% Não gostaria de recorrer à Consulta de Apoio ao Fumador